N° 2 Deuxième Année Février 1892

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT

France	**10** fr. par an
Étranger	**12** fr. —

PARIS

Vve BABÉ & Cie

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Boucheron.
4. Cartaz.
5. Chatellier.
6. Duplay.
7. Garnault.
8. Garrigou-Desarènes.
9. Gellé.
10. Gille.
11. Gouguenheim.
12. Hermet.
13. Ladreit de Lacharrière
14. Lévi.
15. Lœwenberg.
16. Lubet-Barbon.
17. Luc.
18. Marage.
19. Martin.
20. Ménière.
21. Miot.
22. Potiquet.
23. Proust.
24. Reynier.
25. Ruault.
26. Saint-Hilaire.

MEMBRE HONORAIRE :

Moura-Bourouillou

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1892

Président..........	Cartaz.
Vice-Président.......	Lœwenberg.
Secrétaire général...	Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel....	Marage.
Trésorier..........	Ménière.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général, rue du Four, 51.*

N° 2 DEUXIÈME ANNÉE FÉVRIER 1892.

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 8 *Janvier* 1892 (Suite).

PRÉSIDENCE DE M. CARTAZ.

Un cas de corps étranger (morceau de pêche) resté pendant trois jours dans le pharynx nasal.

Par le Docteur ET. SAINT-HILAIRE.

Le 30 juillet dernier, M. C..., étudiant en droit, âgé de vingt-cinq ans, vient me consulter pour des crachements de sang qui durent depuis trois jours et qui l'effraient beaucoup.

M. C... n'accuse aucune tare héréditaire; ses parents, encore vivants, jouissent d'une santé parfaite, troublée seulement par quelques accès de goutte. Quant à lui, a part une rougeole qu'il a eue à l'âge de douze ans, il n'a jamais été sériensement malade; il n'a jamais toussé. La seule affection dont il ait eu à se plaindre est une pharyngite granuleuse, pour laquelle je lui donnais des soins depuis plusieurs mois. Au début du traitement que je lui avais fait subir, les granulations pharyngées étaient volumineuses, rouges, entourées d'un petit semis vasculaire. Il y avait en outre du catarrhe naso-pharyngien et de l'hypertrophie des cornets inférieurs. Grâce à un raclage de la cavité naso-pharyngienne, suivi de l'application d'une

solution iodo-iodurée concentrée, l'état du malade avait été très amélioré, les granulations pharyngées bien moins turgescentes avaient diminué beaucoup de volume.

Quelques jours avant le commencement de ses hémoptysies, M. C... avait fait arracher quelques mauvaises dents qu'il avait à la mâchoire supérieure. Du côté gauche, il ne restait aucune dent entre la canine et la dent de sagesse ; du côté droit, les deux prémolaires et la première molaire avaient été enlevées. Cette absence de dents rendait la mastication très difficile et même douloureuse pendant les premiers jours.

Depuis trois jours, M. C... n'a cessé de cracher du sang; il en est très effrayé, il se croit tuberculeux ; il a même, dit-il, un point de côté au niveau du mamelon droit. Il n'éprouve aucune douleur dans le nez ou dans la gorge; il ne mouche pas de sang. Les hémoptysies se font sans tousser; le malade crache des mucosités sanguinolentes qui semblent venir de la gorge. En outre, il éprouve de temps en temps des douleurs lancinantes dans l'oreille droite.

J'examine la poitrine avec beaucoup de soin et n'observe aucune lésion ; nulle part il n'existe le moindre râle sous crépitant. L'hémoptysie n'est donc pas d'origine pulmonaire.

Dans le pharynx, les granulations sont devenues très rouges, très volumineuses; elles sont recouvertes d'un petit semis vasculaire qui leur donne un aspect rutilant. Le larynx est très congestionné dans toutes ses parties; les cordes vocales supérieures et inférieures sont très rouges, mais on n'aperçoit nulle part l'origine d'une hémorrhagie quelconque. Et cependant, les mucosités crachées sont toujours sanguinolentes.

L'examen rhinoscopique postérieur va nous donner la clef de l'énigme. Au-dessus de l'extrémité postérieure du cornet inférieur droit qui fait saillie dans la cavité naso-pharyngienne, on aperçoit une tumeur arrondie du volume d'une grosse noisette, recouverte en partie de mucosités sanguinolentes. Elle appuie largement sur la paroi postérieure du pharynx et tout autour d'elle, à ce niveau, on voit une couronne hémor-

rhagique. A l'aide d'un stylet recourbé, je touche légèrement cette tumeur, qui se mobilise, et aussitôt un mouvement du voile du palais et du pharynx la fait tomber dans la bouche. Je l'examine avec soin et reconnais qu'il s'agit d'un morceau de pêche, de la variété très dure, dont la chair est fortement adhérente au noyau, ce qu'on appelle la *pêche mâle*. Le malade se souvient en avoir mangé trois jours auparavant, et c'est le lendemain qu'il a commencé à cracher du sang en petite quantité d'abord, puis toujours de plus en plus. Une demi-heure après l'enlèvement de ce corps étranger, toute hémoptysie avait disparu. Le lendemain, il n'y avait plus la moindre trace de la congestion du pharynx et du larynx.

M. C... n'était cependant pas au bout de ses ennuis; jusqu'au jour où il a pu mettre son appareil de prothèse dentaire, il lui est arrivé fréquemment de faire pénétrer des parcelles alimentaires dans sa cavité naso-pharyngienne et même dans ses fosses nasales. J'ajoute qu'il n'existait aucune paralysie des muscles du pharynx ou du voile du palais et que la sensibilité était très bien conservée.

Ce fait m'a paru intéressant à plusieurs points de vue. D'abord, n'est-il pas curieux de voir un corps étranger volumineux séjourner pendant trois jours dans la cavité naso-pharyngienne sans amener la moindre douleur et sans provoquer d'autre symptôme que des crachements de sang? Ensuite il est difficile d'expliquer l'introduction du corps étranger dans la cavité naso-pharyngienne chez une personne qui n'avait aucune paralysie motrice ou sensitive des organes de cette région. Cela tient manifestement à l'absence des grosses dents, car aussitôt après la pose d'une pièce dentaire, cet accident n'est plus arrivé. Comment l'absence de dents a-t-elle pu amener ce trouble de la déglutition? Voici une hypothèse que je donne sans y ajouter une foi absolue. L'absence de dents, ne permettant pas une mastication complète, laissait des parcelles volumineuses dans le bol alimentaire, qui n'avait pas de cohésion. Au moment où ce dernier était saisi par les

parois du pharynx, il se peut que, dans la bouche, les rebords alvéolaires, dégarnis de dents, aient mâché un morceau d'aliment un peu dur, d'où production d'une douleur assez vive et par suite une expiration brusque qui, trouvant encore le bol alimentaire dans le pharynx, en entraîne une partie dans la cavité naso-pharyngienne. Il se peut aussi qu'au moment où la langue s'appliquait sur le palais pour refouler le bol alimentaire dans le pharynx, les aliments, n'étant plus retenus par les arcades dentaires, aient pénétré dans le sillon jugo-alvéolaire et qu'une incoordination des mouvements du voile du palais en ait été la conséquence. Je n'insiste pas sur ce mécanisme qui peut prêter à des interprétations multiples.

Un autre détail, qui m'a paru digne d'attention est le suivant : Ce corps étranger dans la cavité naso-pharyngienne a produit une congestion très intense du pharynx tout entier et du larynx. Il s'agissait certainement d'une congestion réflexe, car elle a disparu aussitôt après l'enlèvement du corps étranger. Ne pourrait-on pas rapprocher ce fait des nombreuses laryngites et pharyngites guéries par le traitement des affections de la cavité naso-pharyngienne?

Présentation d'un appareil servant à faire des insufflations d'air antiseptique ou chargé de vapeurs médicamenteuses et des injections dans la caisse du tympan par la trompe d'Eustache.

Par le Docteur GILLES.

But de l'appareil. — Le lavage de la caisse par la trompe d'Eustache, dans l'otite moyenne suppurée ou dans les affections de même nature des cellules mastoïdiennes, comporte une série de douches d'air et de douches d'eau. Il nécessite donc l'emploi alternatif des instruments particuliers à chacune de ces opérations. De là des manœuvres dont j'ai voulu éviter la multiplicité par la construction de l'appareil que j'ai l'honneur

de vous présenter, appareil auquel, pour rappeler sa double onction, j'ai donné le nom d'Insufflo Injecteur.

L'Insufflo Injecteur permet, en effet, de pousser de l'air antiseptique ou chargé de vapeurs médicamenteuses et des liquides appropriés dans la caisse du tympan par la trompe d'Eustache.

Description. — L'appareil comprend trois pièces principales :

1° Une soufflerie spéciale;

2° Une pièce intermédiaire fondamentale;

3° Une pièce terminale ou porte-sonde.

La soufflerie se monte sur la pièce médiane, celle-ci portée sur une bouteille quelconque se raccorde au porte-sonde par un système particulier de tubes en caoutchouc.

Les deux dernières pièces sont métalliques. Si vous ajoutez au porte-sonde un cathtéler vous aurez l'appareil tel que le représente la figure 1.

1° Soufflerie. — Le double ballon de Richardson, portant sur la partie terminale de son tube un réservoir médicamenteux chargé d'une solution antiseptique volatile, constitue la soufflerie.

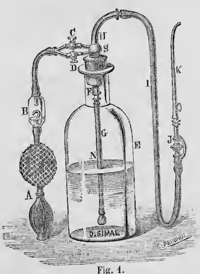


Fig. 1.

J'appelle « réservoir médicamenteux » la petite ampoule de verre intercalée sur le trajet de la soufflerie. J'ai fait construire, il y a cinq ans, ce réservoir médicamenteux que j'ai présenté au Congrès international de laryngologie et d'otologie, dans la séance du 18 octobre 1889, à propos de la communication de M. le docteur Ladreit de La Charrière qui l'avait obligeamment mentionné

C'est un cylindre de verre, fermé et traversé par deux tubulures intérieures.

L'une de ces tubulures est rectiligne et occupe l'axe du cylindre ; sa longueur est d'un tiers de cet axe.

L'autre est recourbée en crosse de façon à ce que son orifice intérieur soit aussi dans l'axe du cylindre.

Le point culminant de la crosse est distant d'un demi-centimètre environ de l'orifice de la tubulure supérieure.

Fig. 2.

Entre les tubulures et les parois du cylindre sont des culs-de-sac où se logera le liquide, dans les divers mouvements qu'on peut imprimer au réservoir, sans possibilité de s'échapper au dehors. Mais il faudra pour cela que l'on ait soin de ne remplir que le quart de l'ampoule, car si la quantité versée était plus grande elle pourrait dans les diverses positions du réservoir s'échapper par les orifices des tubulures.

Celles-ci se continuent à l'extérieur par deux renflements olivaires que l'on engage dans les orifices du tube sectionné de la soufflerie.

Grâce à cette disposition, le liquide volatil versé par la tubulure rectiligne, ne s'échappera de l'ampoule qu'à l'état de vapeurs, sous l'action d'un courant d'air.

Intercalé entre une soufflerie de Richardson, ou une poire et un cathéter, le réservoir médicamenteux remplace le grand appareil de Bonnafont et ses similaires.

Il peut encore servir à d'autres usages, insufflation de poudres, inhalations. Mais ce n'est point le moment de parler de ces diverses applications, ce qui m'éloignerait un peu trop de mon sujet auquel je me hâte de revenir.

Le petit volume de cet appareil d'insufflation le rend aisément transportable. Il a surtout l'avantage de ne coûter qu'une somme insignifiante et il remplit, en outre, toutes les conditions de ses devanciers.

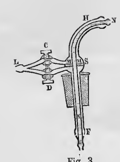


Fig. 3.

2° Pièce médiane. — Pour obtenir une irrigation, il faut porter la soufflerie sur la pièce médiane construite ainsi qu'il suit :

Deux tubes à robinet C, D (fig. 2), indépendants, partent d'une olive L où se fixe la soufflerie et aboutissent, l'un à l'hémisphère supérieur, l'autre à l'hémisphère inférieur d'une boule creuse.

Cet ensemble figure un losange allongé à grand diamètre horizontal, à petit diamètre vertical. Les angles opposés sont représentés par l'olive et la sphère d'une part, par les deux robinets de l'autre.

La sphère se continue à son pôle supérieur par une large tubulure H, qui de verticale devient horizontale ; à son pôle inférieur par une tubulure verticale H' de même calibre. Celle-ci renforcée, au sortir de la sphère, d'une rondelle peut, grâce à un anneau ou bouchon perforé de caoutchouc, se fixer sur une bouteille quelconque.

Une cloison équatoriale M M isole complètement l'hémisphère supérieur de l'hémisphère inférieur.

Traversant la cloison en son centre et faisant corps avec elle, un tube N N se prolonge concentriquement aux tubulures H' H qu'il dépasse de deux centimètres en haut et en bas, en prenant sur leurs extrémités un point d'appui solide. Son extrémité inférieure porte un tube de caoutchouc plus ou moins long de manière à plonger jusqu'au fond de la bouteille.

Système des tubes de caoutchouc. — Le système se compose de deux tubes de caoutchouc, de calibres différents, dont le plus grand renferme le plus petit. Le plus grand continue jusqu'au porte-sonde la tubulure extérieure dont il a le diamètre, pendant que le petit continue exactement de la même manière le tube intérieur de la pièce médiane.

Porte-sonde. — Un tube extérieur raccordé au caoutchouc extérieur renferme un second tube concentrique plus long de

deux centimètres en arrière qui en ce point se raccorde au petit caoutchouc.

Voilà pour la partie postérieure du porte-sonde. La partie suivante ou partie médiane a une disposition tout à fait différente destinée à assurer l'arrêt instantané du liquide qu'apporte le tube intérieur.

Il est essentiel en effet que cet arrêt soit facultatif et immédiat si l'on doit faire suivre aussitôt une injection d'une insufflation. En vous montrant tout à l'heure la manœuvre de l'appareil, je vous ferai constater les inconvénients qu'il y aurait eu à ne pas pouvoir arrêter net le jet du liquide.

Voici la disposition que j'ai adoptée et qui me permet d'obtenir ce résultat. Le tube intérieur, ou tube à eau abandonnant l'axe du tube à air, va s'accoler à la paroi supérieure de celui-ci et s'y soude sur une certaine étendue pour y établir un robinet R. Ceci fait, le tube descend reprendre sa position primitive. Au point diamétralement opposé à celui où le tube à eau abandonne l'axe du tube à air, ce dernier se dédouble. Sa partie supérieure soudée au tube à eau forme cul-de-sac; sa partie inférieure libre ouverte au point de sortie du petit tube se ferme et se continue par une anse tubulaire P, à convexité extérieure, pour revenir dans le corps du porte-sonde au point où le tube à eau reprend sa direction première. Les deux tubes redevenus concentriques terminent le porte-sonde.

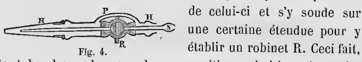


Fig. 4.

Le tube extérieur présente un pas de vis pour une petite pièce cylindro-conique qui porte le cathéter.

Le tube intérieur arrive presque à l'extrémité du cône de cette pièce.

L'appareil dont je viens de faire la description a été scrupuleusement construit, sur ces données, par M. Simal, que je ne saurais trop remercier de sa complaisance.

Fonctionnement. — Passons au fonctionnement de l'appareil

dans les diverses opérations qu'il est appelé à exécuter : A insufflation, B irrigation, C douche en pluie, dans le lavage de la caisse.

A Insufflation. — — Ouvrez le robinet supérieur C, fermez les robinets D et R. L'air chassé par la soufflerie A se charge en traversant le réservoir B de vapeurs antiseptiques et arrive par le tube C dans la calotte supérieure de la sphère S. Isolé, par la cloison M M, de la calotte inférieure, il ne peut trouver d'issue que dans la tubulure supérieure H. Il s'écoule ainsi par l'anneau formé par les tubes H et N jusqu'au porte-sonde, suit l'anse P et va par le cône jusqu'au cathéter K.

B. Irrigation. — Fermez le robinet C, ouvrez les robinets D et R, faites en somme le contraire de ce que vous avez fait pour l'insufflation. L'air, par une marche analogue à celle que je viens d'indiquer, vient presser par l'extrémité inférieure F du tube H' sur le liquide contenu dans la bouteille E. Ce liquide s'écoulera en montant par le tube N jusqu'au cathèter, en suivant la direction infléchie de N en R où se trouve le robinet d'arrêt.

C Douche en pluie. — Si une douche en pluie vous paraît, dans un cas donné, plus indiquée qu'une colonne liquide, ouvrez les trois robinets C, D, R. Alors le courant d'air brise le jet de liquide à sa sortie du tube N et le projette hors du cathèter sous la forme d'une pulvérisation grossière.

Supposons que nous voulions revenir immédiatement à l'insufflation, nous obtiendrons ce résultat en fermant les robinets D et R et l'air seul sortira. Si le robinet R du porte-sonde n'existait pas nous aurions, avant d'obtenir une douche d'air seulement, à chasser toute l'eau contenue dans N qui s'échapperait jusqu'à épuisement complet sous forme de pluie. Il y a là une perte de temps que l'adjonction du robinet R supprime. De plus le robinet R étant ouvert, le tube N vidé, il se produit en faisant l'insufflation un retour d'une certaine quantité d'air

dans la bouteille par le tube N au détriment de la puissance de l'insufflation dans la caisse. C'est là un inconvénient sérieux qui, joint à l'impossibilité d'arrêter instantanément l'injection, démontre la nécessité du robinet R d'où la construction spéciale du porte-sonde.

Mode d'emploi. — Voici comment je manœuvre l'Insufflo-Injecteur dont je viens de vous détailler le fonctionnement.

Par une anse fixée au col de la bouteille je suspends celle-ci à mon avant-bras gauche. Je prends la soufflerie de la main gauche et de la main droite le porte-sonde muni du cathéter et je mets celui-ci en place. La main droite, pendant toute l'opération, maintient la sonde en place. C'est la main gauche qui, sans abandonner la poire de la soufflerie, ouvre et ferme les robinets.

La suspension de la bouteille au poignet présente plusieurs avantages :

Mobilité assurant toute liberté aux mouvements du médecin ; impossibilité de renverser le liquide, ce qui pourrait arriver si, la bouteille étant posée sur une table, une traction brusque et involontaire sur les tubes de caoutchouc se produisait ; possibilité de réduire au strict nécessaire la longueur des tubes ce qui augmente l'intensité des douches.

Notre très regretté confrère et ami M. le docteur Calmettes, employait, quand il avait un lavage à faire, un vase qu'il suspendait ainsi à l'avant-bras. Je lui dois ce très ingénieux procédé dont il me fit apprécier les avantages.

Considérations. — L'adjonction à la soufflerie de Richardson d'un réservoir contenant une solution antiseptique volatile a une importance capitale. En effet s'il s'agit d'insuffler de l'air dans une cavité purulente il est indispensable de le débarasser au préalable de tout germe nocible. L'inocuité est obtenue par le mélange d'air et de vapeurs dans le réservoir et on a la certitude de faire unc antiseptie rationnelle.

J'ai choisi mon réservoir, plutôt que tout autre flacon à deux tubulures, parce que, faisant corps avee la soufflerie, il suit tous les mouvements de cellc-ei, sans éeoulemcnt possible dc liquidc et facilite la manipulation de l'appareil.

M. le Dr Bronner (de Bradford) notre eollègue au Congrès Intcrnational de Paris, y présenta, pour faire des lavages de la eaisse par la trompe, un appareil de son invention avec lequel il obtenait alternativement une douehe d'air et une douche liquide en pluie. Cet appareil différait sensiblement, eomme eonstruction, de l'Insufflo-Injecteur. L'air se rendait dircetement de la soufflerie au cathéter par un tube isolé, sans ascptie préalable. Le tube à eau, isolé également, sc rendait au même cathéter pourvu de deux pavillons. Il cu résultait que l'appareil, en outre qu'il imposait l'obligation d'un cathéter spécial, ne pouvait donner, eomme injection, qu'une douehe en pluie.

Je m'empresse d'ajouter que e'était bien le résultat ehcrché, car notre confrère n'admettait que la douche en pluie ct prescrivait absolumcnt le jet compaet.

C'est là une doctrine discutable appuyée sur les considérations suivantes dont le pessimisme ne vous échappera pas : « On injecte « par la trompe, disait l'auteur faisant allusion aux procédés « habituels, unc colonne liquide dans l'oreille moyenne, et, en « conséquence, on a quelqucfois des symtômes cérébraux. De « plus la plupart du temps l'eau passe dans le pharynx et non « pas dans la trompe. »

On se trouverait donc en présence dc ce dilemme: ou injecter la caisse et courir le risque de provoquer pour le moins un étourdissement, ou nc pas franchir la trompe et avoir le désagrément de faire avaler au paticnt une solution que son estomac ne sollicitait pas.

Du reste, je ne vous apprendrai rien quand j'affirmerai que les deux sortes d'accidents signalés par notre eollègue sont rares et qu'il cst toujours facile de les éviter. Les prcmicrs, par une pression d'air, égale et continue que l'on obtient par la substitution de la soufflcrie de Richardson à la poire, ee qui a

déterminé mon choix ; le second, qui peut être attribué à la présence d'un bouchon de mucus ou de pus dans la trompe, par une insufflation énergique préalable et au besoin par le passage d'une bougie dilatatrice.

Enfin j'ai quelques doutes sur l'efficacité du procédé recommandé, Il me paraît assez difficile, étant donnée la conformation de la trompe, que la douche, certainement modifiée dans son parcours du pavillon à la caisse, ait à son arrivée dans celle-ci la même force qu'au sortir du Cathéter et remplisse en tant que douche en pluie le but que se proposait l'auteur.

Poussant les choses plus loin, M. Bronner, après avoir repoussé l'injection en jet continu par la trompe, étendait cet ostracisme aux injections poussées de l'extérieur :

« Les chirurgiens nous ont dit, (je cite textuellement), que « ce n'est point du tout un procédé chirurgical, car nous « refoulons du pus dans les tissus environnants qui n'ont pas « été jusque là affectés et aussi, dans beaucoup de cas d'otite « moyenne suppurée, nous causons des complications céré- « brales et mastoïdiennes. »

De cette citation on serait en droit de conclure : 1° Que ces chirurgiens, quand ils ont à soigner un cavum purulent quelconque, commencent, dans tous les cas, par établir une controuverture pour épargner les tissus voisins que contaminerait le pus refoulé par l'injection venue de l'ouverture primitive; 2° Qu'ils font de la deuxième issue la condition *sine qua non* d'un traitement rationnel.

La conclusion serait outrée évidemment et je préfère croire que les chirurgiens, dont notre collègue invoque le témoignage à l'appui de sa thèse, n'ont pas été aussi absolus dans leurs affirmations.

Quoiqu'il en soit, M. Bronner proposait de faire le lavage de la caisse dans l'otite moyenne suppurée, par des injections passant exclusivement par la trompe, qui est précisément cette controuverture permettant d'éviter toute espèce de complications.

Si les auristes continuent à injecter par l'extérieur la caisse

du tympan, ne serait-ce pas par la raison qu'ils considèrent les complications cérébrales et mastoïdiennes dénoncées comme n'étant qu'exceptionnellement le résultat d'une injection et qu'ils pensent aussi que ces complications, indépendantes du mode de l'injection, se produiraient tout aussi bien en injectant la caisse par la trompe? J'incline, pour ma part, vers cette manière d'envisager les choses et je ne trouve pas dans les arguments de M. Bronner, des raisons suffisantes pour adopter d'une façon exclusive la voie nasale.

Conclusions. — Si je me suis étendu aussi longuement sur la communication de notre collègue au Congrès, c'est que je désire établir nettement que nos appareils respectifs diffèrent autant que notre manière d'en envisager l'application.

Je ne vous demande pas de remplacer la douche en jet par la douche en pluie, je ne vous propose pas d'avantage d'abandonner les injections poussées de l'extérieur tant que l'accès de la caisse est facile par le conduit externe.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et dans bien des cas le lavage par la trompe s'impose. C'est alors que l'Insufflo Injecteur trouvera son emploi et prouvera sa supériorité sur le procédé ordinaire. En premier lieu il donnera au médecin l'avantage précieux de rendre aseptique l'air insufflé. Puis, au lieu d'une série d'instruments, il ne reste qu'un appareil peu encombrant, d'un maniement facile, permettant de passer, sans dérangement et de suite, de l'insufflation à l'injection et réciproquement, autant de fois qu'il sera nécessaire; évitant une perte de temps toujours trop grande et des manœuvres pénibles pour le malade, si grande que soit la dextérité de l'opérateur. Les usages de cet appareil ne sont pas limités au lavage de la caisse.

En tant que laveur, il permet d'injecter soit par un jet compact, soit par une douche en pluie toutes les cavités. On peut en effet fixer sur le porte-sonde une canule de Hartmann, une canule à sinus, une olive nasale etc.

S'il ne s'agit que de faire une insufflation de vapeur médicamenteuse dans la caisse ou encore dans les voies respiratoires

on peut l'utiliser en substituant au réservoir qui contient la solution antiseptique un autre réservoir chargé du médicament volatil choisi. Le porte-sonde recevra l'instrument approprié à l'organe.

Une autre application de l'appareil consiste à le transformer en un thermo-cautère. Ceci fera l'objet d'une nouvelle communication.

Séance du 5 *février* 1892.

Présidence de M. Cartaz.

Sur l'anatomie de l'oreille moyenne. — Coupes en série. — Présentation de pièces.

Par Henri Chatellier.

Préparateur d'histologie à la Faculté de Médecine.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société proviennent de l'homme adulte.

Le rocher a été enlevé à la scie, porté dans la liqueur de Muller.

La decalcification a été faite à l'acide formique pur.

Durcissement par les alcools successifs.

Inclusion dans le collodion (méthode du professeur Duval).

Coupes au microtome de Yung.

Coloration à l'eosine hématoxhylique de chaque coupe séparément. Montage au baume du Canada.

Les coupes sont orientées de manière à ce que le tranchant du rasoir passe par le grand axe du marteau ; elles sont numérotées d'avant en arrière.

Je désire attirer l'attention de la Société sur le mode de cloisonnement qui sépare la partie du recessus épitympanique (attique des auteurs Américains), située en avant du marteau, de la cavité inférieure de l'oreille moyenne, généralement appelée caisse du tympan.

Tout à fait en avant le rocher forme une saillie en forme de *sourcil horizontal* dirigée de dehors en dedans, qui forme le prolongement de la marge tympanique, sur la paroi antérieure de l'oreille moyenne et se prolonge en dedans jusqu'au bec de cuillère.

Au-dessus de cette saillie existe une dépression osseuse en forme de cupule, qui n'est autre chose que la partie antérieure du recessus épitympanique.

Au-dessous est une dépression en forme de gouttière qui forme la paroi postérieure du conduit auditif et de la caisse.

Il est à remarquer que la cavité de l'attique se prolonge en avant, plus loin que la cavité de la caisse.

Le sourcil horizontal fait une saillie qui varie de un à deux millimètres ; son rebord est mousse et assez mince ; sa base d'implantation est épaissie.

Plus en arrière, sur les coupes numérotées, nous voyons admirablement comment est constitué le cloisonnement.

De la paroi externe de l'attique part un prolongement osseux, qui se dirige en dedans. Sur certains rochers ce prolongement est constitué par la marge tympanique, sur d'autres par une saillie indépendante de la marge tympanique. Sur les coupes que nous avons l'honneur de présenter à la Société cette lame osseuse, indépendante de la marge tympanique, se dirige horizontalement en dedans, faisant une saillie de trois millimètres un tiers. Comme à ce niveau l'espace qui sépare la paroi externe de l'attique de sa paroi interne, n'est que de cinq millimètres et demi, on voit qu'il ne reste plus, sur l'os sec, qu'une étendue de deux millimètres, qui ne soit pas oblitérée. C'est par là, que, en avant du marteau, le recessus épitympanique communique avec la caisse.

Un peu plus en arrière on trouve le marteau dont le bord inférieur de la tête correspond à la marge tympanique ; entre les deux l'écartement n'est que de un millimètre.

On trouve en ce point le ligament externe du marteau. Ce ligament a la forme d'une membrane fibreuse aplatie, assez

large et tendue entre la marge tympanique et le marteau ; ses dimensions antéro-postérieures sont d'au moins trois millimètres à l'insertion marginale, son insertion malléaire est moins large et se fait sur les limites inférieures de la face externe de la tête du marteau. Ce ligament externe se trouve sur le même plan que la lamelle osseuse précédemment décrite et la continue.

De la sorte se trouve constitué un plan fibreux et osseux qui sépare en avant la moitié externe du recessus épitympanique de la caisse.

En dedans du marteau on trouve le tendon du tenseur tympanique, qui, après s'être réfléchi sur le bec de cuillère, se dirige en dehors et en avant vers le marteau pour venir se fixer tantôt sur le col, tantôt sur le manche de l'osselet, au dessous de la courte apophyse. Ce tendon a une forme nettement conoïde, dont le sommet assez grêle correspond au marteau, et dont la basse, beaucoup plus épaisse, correspond au bec de cuillère. Il est séparé de la saillie osseuse précédemment décrite sous le nom de sourcil horizontal, entre la partie antérieure de l'attique et la caisse, par un intervalle qui atteint à peine un millimètre. C'est donc en avant du tendon du tenseur que se trouve l'orifice qui fait communiquer l'attique antérieure avec la caisse. Cet orifice est limité : *en avant* par le sourcil osseux horizontal ; *en arrière*, par le ligament externe du marteau, par la tête du marteau, et par le tendon du tenseur ; *en dehors*, par la marge tympanique ; *en dedans*, par le rocher.

L'orifice de communication a à peine un millimètre carré chez l'homme adulte dont l'oreille moyenne ne présente aucune altération pathologique ni aucune bande cicatricielle ou fibreuse anormale ; ce sont donc là des dimensions moyennes, qui souvent sont notablement réduites par des tractus fibreux anormaux.

Le Secrétaire-général,
Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

Aigre, de Boulogne-sur-Mer.
Aubert, d'Alger.
Joal, du Mont-Dore.
Joly, de Lyon.
Lichtwitz, de Bordeaux.
Madeuf, de La Bourboule.
Noquet, de Lille.
Percepied, du Mont-Dore.
Suarez de Mendoza, d'Angers.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

Artzrouny, de Tiflis (Caucase).
Bézold, de Munich.
Bomfim, de Lisbonne.
Burkner, de Gœttingen.
Cozzolino, de Naples.
Cresswel-Baber, de Brighton.
Gottstein, de Breslau.
Grazzi (Vittorio), de Florence.
Guye, d'Amsterdam.
Hartmann, de Berlin.
Hering, de Varsovie.
Koch, de Luxembourg.
Kurz (Edgard), de Florence.
Moos, d'Heidelberg.
Politzer, de Vienne.
Pritchard (Urban), de Londres.
Schmidt (Maurice), de Francfort.
Schœffer, de Brême.
Schnitzler, de Vienne.
Sune y Molist, de Barcelone.
Tobold, de Berlin.